

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1920

THÈSE

N°

POUR LE

474

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Edmond BERGER

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES FORMES CLINIQUES

DE LA

TUBERCULOSE DU SEIN

Président : M. CUNÉO, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

9, RUE CASIMIR-DELAVERGNE

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1920

THÈSE

474
No

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Edmond BERGER

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE



DES FORMES CLINIQUES

DE LA

TUBERCULOSE DU SEIN

Président : M. CUNÉO, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

9, RUE CASIMIR-DELAVIGNE

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1920

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER

ASSESEUR M. POUCHET

PROFESSEURS MM.

Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNEO.
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale.	WEISS
Phimie organique et Chimie générale.	DESGREZ
Pactériologie.	BESANCON
Carasitologie et Histoire naturelle médicale.	BRUMPT
Bathologie et Thérapeutique générales.	N.
Pathologie médicale.	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale.	GOSSET
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie.	PRENANT
Opérations et appareils.	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale.	POUCHET
Thérapeutique.	CARNOT
Hygiène.	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	M. NETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
	ACHARD
Clinique médicale.	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN
Clinique des maladies des enfants.	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux.	P. MARIE
Clinique des maladies contagieuses.	TEISSIER
	DELBET
Clinique chirurgicale.	QUENU
	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements.	COUVELAIRE
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.	J. L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile.	BROCA
Clinique thérapeutique.	A. ROBIN
Clinique d'Oto-rhino laryngologie.	SEBILEAU.

Agrégés en exercice

MM.

ALGLAVE	JEANNIN	LOEPER	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SCHWARTZ
CAMUS	LABBE (HENRI)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NOBECOURT	TANON
CHAMPY	LANGLOIS	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LECENE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LEMIERRE	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LENORMANT	REITERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEQUEUX	RIBIERRE	
GUENIOT	LEREBoullet	RICHAUD	
GUILMAIN	LERI	ROUSSY	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNÉO

En hommage de notre respectueuse reconnaissance pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant de présider notre thèse.

AVANT-PROPOS

Deux cas de tuberculose du sein observés récemment et presque en même temps dans le service du Dr Tuffier nous ont donné l'idée d'étudier sous quels aspects cliniques peut se présenter cette affection relativement rare et dont le diagnostic est souvent véritablement difficile.

Nous ne prétendons guère faire œuvre originale. Il y a longtemps déjà que la tuberculose mammaire a été magistralement décrite par Dubar. Mais après une lecture attentive de très nombres observations antérieurement publiées et de beaucoup de travaux parus sur cette question, nous avons cherché à condenser en une étude clinique d'ensemble aussi exacte et complète que possible les connaissances que nous possédons sur cette affection.

Nous avons aussi cherché à vérifier si les descriptions classiques répondent bien à la réalité des faits tels qu'ils apparaissent dans les observations cliniques, et nous avons constaté qu'il n'en était pas toujours ainsi.

Nous remercions vivement le Dr Tuffier qui a bien voulu mettre à notre disposition les deux observations qui nous ont incité à entreprendre ce travail et d'autres plus anciennes recueillies dans son service et inédites.

HISTORIQUE

La première étude clinique synthétique, de même que la première étude anatomo-pathologique de la tuberculose mammaire fut faite par Dubar et exposée par lui dans sa thèse inaugurale de 1881.

A l'aide de deux observations personnelles et de quelques autres antérieures, il décrivit deux formes cliniques de la maladie : la *forme confluyente* et la *forme disséminée*.

Il décrivait en même temps le mode de formation de la cellule géante qui, pour lui, s'édifiait dans l'intérieur même des acini glandulaires et à leurs dépens.

Cette théorie histopathogénique fut admise sans conteste jusqu'en 1895. A cette date, Sabrazès et Binaud dans les *Archives de Médecine Expérimentale* exposent une conception anatomo-pathologique qui exclue l'origine glandulaire, épithéliale des lésions. Pour eux, la cellule géante est d'origine mésodermique et dérive des leucocytes polynucléaires et des cellules conjonctives proliférées et migratrices.

La nouvelle théorie fut discutée comme l'ancienne et toutes deux ont eu depuis cette époque leurs partisans et leurs détracteurs.

Quant à la description clinique de Dubar, elle est restée classique et tous les auteurs après lui décrivent une forme confluente et une forme disséminée de la tuberculose du sein. Nous verrons si une telle description n'apparaît pas à tout le moins peu justifiée par les faits cliniques eux-mêmes.

Quant aux autres formes cliniques de l'affection, la littérature médicale s'est peu à peu enrichie de leurs types grâce aux nombreuses observations publiées.

Mais aucune étude d'ensemble importante sur ce point de la question n'a cependant, à notre connaissance, été publiée jusqu'ici.

Il serait vain de retracer ici l'historique général de l'étude de la tuberculose du sein. Presque tous les travaux et thèses publiés sur cette question renferment sur ce point un chapitre plus ou moins complet et les faits eux-mêmes sont trop connus pour que nous les rapportions ici à nouveau.

Depuis la thèse d'Abraham, la dernière croyons-nous parue en France sur la tuberculose du sein (1910) et le travail de Von Eberts (1909), peu d'auteurs ont décrit sur ce sujet et rien n'a été modifié de ce que l'on savait il y a dix ans.

Nous ne ferons que citer ici les articles ou travaux parus depuis cette époque en France et à l'étranger et dont on retrouvera les indications bibliographiques précises à la fin de cette thèse.

En France : Wannieuwenhuyse (1911), Vignard et Pasquier (1912), Duvergey (1913), Leriche (1914), Bendér (1914), Baumgartrier (1914), Loumeau (1917).

En Amérique : Schley (1910), Taylor (1910), Carr (1911), Smith (1912), Torrey (1913), Powers (1913), Pirrung (1914), Lee (1916), Durante et Mac-Carty (1916), Victor (1918).

En Italie : Cignozzi (1911), Durante (1914) et Negroni (1916).

En Angleterre : Miles (1915), La Russie : Kaplan (1915).

En Allemagne : Rabinsohn (1911), Bauer (1912).

ETUDE CLINIQUE

Forme confluente

C'est la première forme décrite par Dubar, c'est la forme de beaucoup la plus fréquente, la forme clinique type dans le cadre de laquelle rentrent presque tous les cas de tuberculose du sein observés.

Début. — Le début de l'affection est insidieux, obscur. Il se passe en général un assez long temps avant que les malades ne s'aperçoivent de la présence d'une induration dans le sein.

Cette découverte se fait presque toujours par hasard, ou à l'occasion d'un traumatisme auquel les malades rapportent naturellement l'origine de la maladie.

Parfois des phénomènes douloureux attirent l'attention des malades : légers picotements, gêne à la constriction par les vêtements, névralgies à type intercostal. Les douleurs sont dans certaines observations notablement exagérées au moment des règles traduisant ainsi la poussée congestive périodique de la glande.

Cette tuméfaction indurée peut à cette période initiale de la maladie ne pas être plus grosse qu'un noyau ou une amande.

Elle siège semble-t-il plus souvent à droite (Abraham et occupe plus fréquemment le segment supéro-externe de la glande (dix fois sur dix huit cas dans la statistique de Delbet. Vingt fois sur trente deux dans celle de Carrel. Trente-six fois sur cinquante-cinq cas dans celle d'Abraham).

Plus rarement, le segment interne ou la portion centrale sont atteints.

Période d'état. — Rarement, le volume du sein devient considérable. L'augmentation porte surtout sur la portion de la glande où siège la tumeur qui atteint en général le volume d'un œuf ou d'un poing.

On a noté dans certains cas (observ. Le Dentu in Thèse Dubar), l'augmentation de volume coïncidant avec la recrudescence des douleurs au moment des règles.

La peau est le plus souvent d'aspect normal, parfois on a noté la présence d'une légère vascularisation superficielle.

Le mamelon peut être normal et c'est le cas le plus fréquent. Parfois il est rétracté, mais sauf certains cas exceptionnels que nous verrons, et dans lesquels elle est un signe de début de la maladie, ce n'est que dans la période d'évolution ultime d'abcès et de fistulisation que l'on rencontre comme un signe fréquent et accentue cette rétraction mamelonnaire.

On sent en palpant le sein que la tumeur mal limitée fait corps avec la glande et parfois, autour d'elle on sent aussi des nodosités irrégulières de volume variable. La tumeur est lisse ou bosselée, présentant parfois de

grosses lobulations réunies par leur base à la masse centrale.

La consistance varie avec le stade d'évolution anatomopathologique.

A la période de crudité des tubercules, la sensation que donne la tumeur est celle de la fermeté qui fait place ensuite à une sensation d'élasticité, de rénitence, de fluctuation obscure, puis nette.

Cette tumeur est mobile dans tous les sens; presque jamais elle n'adhère aux plans profonds.

Le plus souvent, la peau non plus n'est pas nettement adhérente à la tumeur. Parfois cependant elle est un peu infiltrée et on peut produire, mais atténué, le phénomène de la « peau d'orange ».

Par pression du mamelon on peut dans certains cas faire sourdre quelques gouttes de liquide, tantôt louche, tantôt verdâtre et nettement purulent; parfois citrin et abondant.

L'exploration du creux axillaire permet presque toujours de découvrir la présence de ganglions durs, plus ou moins mobiles et bien isolés. Ces ganglions existent dans les trois quarts des cas. Ils siègent soit dans le creux axillaire lui-même, soit dans l'espace sous-pectoral ou au bord inférieur du grand pectoral. Il est assez fréquent de sentir un cordon lymphatique noueux unissant les lésions glandulaires et ganglionnaires.

Souvent l'évolution vers le ramollissement de ces adénopathies est très rapide. Devenus caséeux, ils se réunissent en une masse qui peut empâter toute la région axillaire.

Ils arrivent souvent à la période de suppuration avant la lésion glandulaire elle-même et alors même que celle-ci était apparue cliniquement la première. Il arrive alors un moment où il y a une disproportion marquée entre le gros volume de l'adénopathie et celui de la tumeur.

Les signes généraux sont peu marqués surtout si les lésions mammaires sont les seules lésions bacillaires et la température elle-même reste souvent tout à fait normale.

La douleur modérée en général peut être assez vive pour empêcher le sommeil. Elle peut s'irradier dans l'aisselle et jusqu'au coude.

Evolution. — La maladie évolue plus ou moins vite vers la suppuration.

Le volume de la tumeur s'accroît. La fluctuation apparaît en un point, obscure; souvent au point culminant de la tumeur et devient plus nette, plus étendue. Parfois la tension du liquide empêche qu'en puisse nettement l'apprécier.

Cette suppuration apparaît généralement au bout de 2 à 5 mois. Elle peut survenir rapidement (ouverture à la peau en trois semaines dans le cas d'Habermaas et Piskaceck, apparition de la fluctuation en quatre jours dans un cas de Pilliet, en huit jours dans le cas de Gaudier et Peraire).

La tumeur reste le plus souvent mobile sur les plans profonds, et c'est là un des bons signes distinctifs entre la tuberculose mammaire et les tumeurs néoplasiques. Cependant des adhérences peuvent exister (Morestin Patarronni; un cas personnel obs. 1).

Sur la tumeur fluctuante, la peau peu à peu se ramollit, devient rouge et un peu œdématisée, puis violacée, et s'ulcérant donne issue à un pus séro-grumeleux qui continue ultérieurement à s'écouler lentement par une fistule persistante. Il peut exister plusieurs fistules (6 dans un cas de Piskaceck).

La peau à leur niveau et dans un certain rayon adhère aux tissus sous-jacents. Cette adhérence reste toutefois toujours limitée.

« En arrière des fistules, la palpation fait reconnaître des indurations plus ou moins étendues. La glande dans son ensemble subit un empâtement diffus, même dans les points que n'occupe pas la tumeur » (Dubar).

L'exploration au stylet des trajets permet d'enfoncer l'instrument à 2 ou 4 centimètres de profondeur.

A cette période, le mamelon se déprime, s'enfonce. Dans presque la moitié des observations, ce symptôme est alors signalé. On a pu introduire l'extrémité d'un doigt dans la dépression (obs. II de Dubar, Binaud).

Les ganglions axillaires suppurent aussi à ce moment. Leur suppuration, nous l'avons vu, a souvent précédé celle de la glande elle-même. Volumineux, ramollis et fluctuants, ils se fistulisent également et ces fistules que l'exploration par le stylet révèle peu profondes ont l'aspect caractéristique des fistules des adénopathies tuberculeuses.

La maladie arrive au terme ultime de son évolution en 5 à 6 mois en général, parfois bien plus lentement 2, 4, 6 ans (Mac Kellar) 15 ans (observation inédite n° 4).

Mais peut-être dans ces derniers cas la tumeur primitivement observée n'était-elle qu'un noyau de mammite chronique ou toute autre lésion banale que secondairement la tuberculose a envahie (Delbet).

On a, par contre, rapporté des observations d'évolution aiguë, dont nous reparlerons.

La guérison spontanée est exceptionnelle, la glande entière finit par être détruite et les fistules persistent indéfiniment jusqu'au jour où une affection intercurrente ou d'autres manifestations tuberculeuses viennent emporter la malade.

Forme disséminée.

Il est classique depuis Dubar de décrire à la tuberculose du sein deux formes anatomiques et cliniques : la forme confluyente qui est la forme normale, celle que nous avons décrite et la forme disséminée ou nodulaire.

La description de la tuberculose mammaire fut faite par Dubar en s'appuyant sur les éléments anatomo-cliniques de deux principales observations : une personnelle et une de Le Dentu et sur ceux de plusieurs autres observations déjà publiées et dont six seulement pouvaient être retenues comme des cas de véritable tuberculose mammaire.

Dans ce petit nombre d'observations, deux cas seulement : ceux de Billroth se rapportent au type anatomo-clinique décrit sous le nom de *forme disséminée*.

Voici ces *observations* :

« Lorsque j'étais assistant de la Clinique de Langenbeck on y soigna pendant un certain temps une jeune fille blonde, bien nourrie, d'habitus extérieur nettement scrofuleux dans la mamelle² de laquelle se trouvaient plusieurs noyaux du volume d'une noisette à celui d'une noix contenant un pus jaune crèmeux. L'affection fut décrite comme une tuberculose de la mamelle et guérie par incision des différents foyers et cautérisation de ceux-ci au moyen du nitrate d'argent.

« Après la nomenclature précédente je désignerai cette affection sous le nom de mammite caséifiante chronique lobulaire sans pouvoir préciser si elle était scrofuleuse ou syphilitique congénitale. Je n'ai jamais rien vu de semblable; l'on ne connaît pas, que je sache, d'examen anatomique de cas pareils.

« Un de mes assistants me dit qu'il y a peu de temps il s'est rencontré dans un service de médecine un cas de tuberculose de la mamelle.

« Voici les détails que j'ai pu recueillir.

« La jeune A... 26 ans, reçue le 22 Août pour une tuberculose du poumon, mourut trois jours après son entrée. Jamais elle ne s'est plainte de la mamelle. Par conséquent il n'y a rien dans son observation clinique. Le diagnostic sommaire de l'autopsie porte : tuberculose chronique du poumon avec phthisie des deux lobes supérieurs, ulcère tuberculeux du gros intestin, tuberculose de la mamelle droite.

« L'on dit à propos de cette mamelle droite que les deux mamelles étaient petites, leur peau foncée et

qu'en aucun point elle n'était ni ulcérée, ni excoriée.

« La mamelle droite est cependant un peu plus grosse que l'autre, un peu noueuse quand on la palpe, tandis que la gauche est également molle et flasque. A la coupe, cette mamelle droite se trouve remplie de foyers caséeux, friables en certains points, lesquels contiennent par places, à leur centre, un liquide d'aspect de pus tuberculeux. Des petits foyers caséeux, gros comme des grains de mil, se rencontrent également.

« Les préparations microscopiques que l'on voulut bien me confier des parois des gros foyers n'étaient pas suffisamment nettes pour en tirer une conclusion quelconque. Les éléments de la glande, très atrophiés, étaient à peine visibles. Le tissu était tellement troublé par des détritux à petites granulations répandues entre les fibres que je ne puis rien dire de précis sur la présence des cellules géantes dans les tissus voisins des masses caséeuses. Néanmoins, la description anatomique de la mamelle malade ne laisse aucun doute sur ce fait que nous avons affaire à un cas rare de vraie tuberculose de la glande mammaire. »

S'appuyant sur les faits de ces deux seules observations, Dubar décrit la tuberculose du sein à forme disséminée.

Et depuis lors, tous les auteurs qui ont écrit sur la tuberculose mammaire décrivent à la maladie deux formes cliniques principales : la forme confluente et la forme disséminée. Le plus souvent d'ailleurs, pour étayer leur description de celle-ci, ils font appel à l'autorité et à la description de Dubar lui-même.

Cette forme s'observerait surtout chez des sujets déjà porteurs de lésions tuberculeuses; le début en serait le plus souvent inaperçu et parfois même toute l'évolution latente (ceci d'après le second cas de Billroth seul exemple connu du fait).

Dans cette forme, typiquement, le sein n'est pas augmenté de volume ou ne présente qu'une légère tuméfaction. La saillie du mamelon est normale ainsi que la coloration de la peau. La glande glisse sur les plans profonds et n'adhère pas à la peau.

En palpant la glande avec soin, on peut reconnaître dans la mamelle des nodosités indolores dont le nombre est le plus souvent en raison inverse de leur volume. Leur saillie, leur consistance sont variables, mais le plus souvent, les noyaux sont indépendants les uns des autres. Souvent on trouve des ganglions axillaires. La palpation est indolore. La douleur spontanée n'existe pas non plus en règle générale.

Dans les cas extrêmes, on peut soit trouver une glande criblée de petits tubercules durs, soit au contraire trouver un tubercule plus volumineux qui grandit en subissant la dégénérescence caséuse et s'agglomère aux tubercules voisins si bien qu'une forme intermédiaire se trouve réalisée entre la forme disséminée typique et la forme confluente.

L'évolution est mal connue. Pour Dubar, elle serait le plus souvent très lente. Parfois, les tubercules sembleraient s'enkyster et pendant des années ne pas évoluer.

Pour d'autres auteurs, Héraud notamment, l'évolution serait au contraire rapide; la fonte purulente des tuber-

cules aboutissant à une fistulisation précoce, à moins que le tissu sain ne réagisse en produisant l'enkystement de la masse tuberculeuse.

L'individualisation d'une forme clinique dite « disséminée » est-elle justifiée?

A l'examen des faits, il nous est apparu que non.

Il nous a été impossible de retrouver une observation de tuberculose mammaire qui soit juxtaposable à celle de Billroth qui a servi de type de description à Dubar.

Dans les cas où plusieurs foyers mammaires sont signalés, il n'apparaît pas du tout que le tableau clinique soit pour cela le moins du monde différent de celui de la forme confluyente, ni l'évolution différente. Aucun caractère clinique commun ne relie ces cas entre eux. Toutes les variantes possibles s'y rencontrent et peuvent se rencontrer également dans l'évolution clinique de la forme confluyente.

Carrel, dès 1899, reconnaissait que la forme disséminée était très rare. « La distinction entre les deux formes confluyente et disséminée est trop absolue peut-être, dit-il car entre ces deux formes existent des intermédiaires. Il est possible également qu'il s'agisse de stades intermédiaires d'une même forme et que les tubercules disséminés au début deviennent ensuite confluyents ».

Binaud et Bracquenhaye dont les travaux anatomiques sur cette question font autorité, admettent que la forme confluyente peut aboutir à la forme disséminée et que la forme disséminée peut devenir confluyente ».

Sur les caractères distinctifs de cette forme, les auteurs ne s'entendent même pas. Alors que pour la

majorité de ceux-ci avec Dubar, ce qui caractérise la forme disséminée; c'est l'existence de noyaux distincts séparés les uns des autres par du tissu mammaire sain ou à peine altéré, pour Scott Schley, les noyaux peuvent être simples ou multiples, le caractère différentiel principal des deux formes nodulaire et confluyente étant la rapidité plus ou moins grande de l'évolution.

Or, nous avons vu que sur les caractères de cette évolution, les auteurs ne s'entendent pas non plus puisque pour Dubar, elle est très lente et que pour Héraud elle est au contraire rapide.

Que reste-t-il donc de légitime dans cette individualisation d'une forme disséminée?

Ohnacker a nié son existence; sans tomber dans cet excès, il nous paraît incontestable qu'elle ne mérite qu'une description anatomique, mais non une description clinique. Elle ne mérite en tous cas pas une individualisation et une description qui lui donnerait une importance le moins du monde comparable à celle de la forme confluyente.

Si on persiste à vouloir décrire une forme clinique dite disséminée, nous n'opposerons qu'un argument, mais qui semble avoir une certaine valeur : c'est l'absence complète dans la littérature d'observations juxtaposables à la description anatomique et clinique de Dubar et à l'observation type de Billroth (1).

(1) Scott Schley rapporte une observation de tuberculose mammaire qu'il qualifie de nodulaire. Voici cependant comme se présentaient les lésions anatomiques : « A l'examen macroscopique de la pièce enlevée, on constate dans le sein l'existence d'une masse épaisse de 6 centimètres avec des bords irréguliers et des prolongements irradiant dans le reste de la glande. La portion centrale est ferme et montre à la section du tissu fibreux dense avec

Deux caractères individualisaient cette forme : au caractère anatomique : la multiplicité des foyers ; un caractère clinique : l'insidiosité de l'évolution.

Or, toute tuberculose d'un organe quelconque peut se manifester en un seul ou en plusieurs foyers. On sait aussi que partout ces multiples foyers initiaux peuvent confluer en un seul foyer secondaire. On ne décrit pas pour cela des formes distinctes.

Cette description se justifierait s'il existait un tableau clinique superposable. Or, il n'en existe pas *en fait*. L'insidiosité de l'évolution s'observe fréquemment dans la forme dite confluyente. Il y a des formes normales et des formes insidieuses, comme pour presque toutes les affections surtout tuberculeuses, et c'est tout.

Il ne nous paraît donc pas justifié de continuer à écrire comme on le fait depuis quarante ans en s'appuyant uniquement sur la description de Dubar : il existe deux formes principales de la tuberculose mammaire : la forme confluyente et la forme disséminée.

Il existe en réalité une forme normale correspondant à l'ancienne forme confluyente et de multiples formes cliniques d'importance moindre et que nous allons étudier maintenant.

Forme débutant cliniquement par une adénite axillaire.

Les lésions d'adénite axillaire au cours de la tuberculose mammaire sont fréquentes et ont une évolution

quelques conduits d'où on peut exprimer un peu de liquide purulent ». Nous ne voyons rien là qui réponde à la description de Dubar.

rapide en général. C'est un des caractères de l'affection. Parfois, elles semblent précéder les lésions glandulaires (Observ. inédite n° 5).

Il n'apparaît pas démontré cependant et il ne paraît guère possible de le faire que les lésions d'adénite axillaire qui peuvent être parfois cliniquement observées avant les lésions mammaires soient anatomiquement antérieures à celles-ci. La réalité de l'infection par voie rétrograde ne nous paraît pas établie.

Louis avait formulé sa loi célèbre : « Les lésions tuberculeuses du mésentère et du médiastin s'accompagnent toujours d'une lésion homologue du tube digestif ou des poumons. »

Dubar ajoutait en 1880 : « Dans les autres parties de l'économie, les altérations primitives vraiment tuberculeuses des ganglions sont tout aussi rares que pour le mésentère et le médiastin. Il faut donc chercher, quand on en rencontre du côté des réseaux qui desservent les ganglions malades, le point de départ de l'affection tuberculeuse dont ils sont atteints. »

Mais en restant sur le terrain clinique, il est certain que dans quelques cas les manifestations ganglionnaires précèdent l'apparition ou la constatation des lésions mammaires. Berchtold en citait huit cas sur trente-six.

Parfois ces ganglions sont depuis longtemps hypertrophiés, suppurés, fistuleux. C'est le plus souvent au cours d'une poussée nouvelle, mais parfois sans aucune modification à leur niveau, que la mamelle se prend à son tour.

La fonte caséuse des ganglions peut précéder de

plusieurs années l'atteinte de la glande. La chaîne ganglionnaire atteinte se prolonge au fond de l'aisselle, le long du bord inférieur du grand pectoral en un cordon lymphatique que la main perçoit plus ou moins aisément; et la glande mammaire se trouve à son tour atteinte dans son segment externe presque toujours.

Observation de Johannet (*Revue médico-chirurgicale*, Tome 11, p. 301).

Le 2 Décembre 1847 est entrée à l'hôpital de Bon Secours. A. D. âgée de 40 ans, réglée à 15 ans, mariée à 20; elle avait eu onze enfants en l'espace de treize années.

Un seul de ses enfants, le premier, fut nourri par elle. Aucun accident ne survint pendant la période de l'allaitement. Du reste, la santé était restée excellente jusqu'en Janvier 1847; à cette époque, elle éprouva dans l'aisselle droite des douleurs assez vives presque continuelles. En portant la main dans l'aisselle, elle sentit de petites boules roulantes; en même temps survint une petite toux sèche et une ou deux fois à la suite de ces accès de toux, elle rendit quelques crachats sanguinolents. Vers le commencement de Mars 1847, les règles disparaissent sans cause connue et quelques jours après le sein droit commence à se tuméfier d'une manière continue, sans douleur. Bientôt les ganglions de l'aisselle s'engorgèrent et à partir du mois de Juin, l'aisselle est restée le siège de trajets fistuleux, multiples qui donnent chaque jour un pus séreux, abondant et fétide.

Cependant les digestions étaient devenues difficiles; il y avait parfois un peu de toux; l'état général était alarmant; l'amaigrissement faisait des progrès rapides.

Dès les premiers jours d'Octobre, le sein dont le volume était très considérable devint le siège de douleurs très vives, caractérisées par des élancements brusques qui souvent aug-

mentaient pendant la nuit et enfin la malade se décida à entrer à l'hôpital.

La santé générale était dans le plus triste état.

Plus de digestion, selles diarrhéiques, sommeil interrompu par de vives douleurs ressenties dans le sein droit. Cependant peu de toux, point de crachats; on cherche vainement au cou des traces de scrofule.

L'auscultation et la percussion font reconnaître deux cavernes au sommet de chaque poumon.

Le volume du sein droit égale presque celui d'un enfant à terme; la peau, lisse et unie, conserve sa mobilité et son épaisseur ordinaires; çà et là, elle est sillonnée par quelques veines bleuâtres. La mamelle tout entière concourt à former la tumeur. Elle est, pour ainsi dire, soulevée, sa base élargie s'étend jusqu'à la deuxième côte en haut, tandis que la huitième forme les limites inférieures. Le mamelon se dessine en relief à sa place ordinaire; sur tous les points, on trouve une tension et une résistance qui simulent assez bien une mamelle dans les premiers jours de la lactation. La surface est uniforme, sans bosselure aucune; et quel que soit le lieu que l'on explore, la fluctuation est des plus évidentes. On ne pouvait méconnaître une collection purulente développée d'une façon tout à fait chronique.

Une ponction fut pratiquée avec le bistouri à la partie la plus déclive et un liquide demi séreux, d'un brun verdâtre, très fétide, s'écoula en quantité considérable. La malade éprouva un mieux très manifeste. Les nuits suivantes, elle put goûter quelques heures de sommeil, mais bientôt les symptômes acquirent plus d'acuité et la malade succomba le 19 Novembre.

A l'autopsie, on trouva dans le poumon droit une petite caverne pouvant contenir l'extrémité de l'index; dans le gauche, une seule, mais dont la cavité eut logé aisément une noix ordinaire. Les plèvres étaient épaissies par des infiltrations chroniques répétées. Les adhérences étaient générales.

Un tubercule sous-pleural de la grosseur d'une aveline entraînant dans sa fonte le tissu cellulaire ambiant avait perforé le troisième espace intercostal et s'était infiltré dans le sein. On suivait avec facilité le trajet du pus : c'était une sorte de conduit fistuleux tapissé d'une membrane muqueuse.

La glande mammaire présentait encore çà et là dans son épaisseur cinq à six gros tubercules, dont les uns presque entièrement ramollis avaient fourni un nouvel élément à la suppuration et ne laissaient plus que leur coque; les autres étaient encore à l'état de crudité.

Observation de Le Dentu (observation II de la thèse de Dubar) (*Résumées*).

P. G..., 23 ans, entrée le 14 Février 1880. Dans son enfance, engorgements ganglionnaires cervicaux multiples, sans suppuration.

A 12 ans, adénite axillaire gauche suppurée; fistules pendant deux ans. A 21 ans, nouvelle adénite axillaire gauche plus petite, suppurée également, reste quatre mois fistuleuse.

A 22 ans, petite grosseur (amande) à la partie supéro-externe de la mamelle gauche. Augmente progressivement et en Février 1879, le sein gauche est doublé de volume. Il existe une tumeur ovoïde, grosse comme un œuf de poule, occupant la partie supéro-externe de la glande et n'atteignant pas le mamelon. Fluctuation. Pas de douleurs. On pose le diagnostic de tuberculose.

Incision. Drainage. Pansements alcoolisés. Le 6 Avril : cicatrisation.

En Mars 1879, sous l'influence d'une grossesse, les seins augmentent de volume et le gauche est plus douloureux. Le mamelon se déprime. En Octobre, ouverture spontanée de la cicatrice d'incision. Fistule.

En Février 1880, la malade entre à l'hôpital. Le sein est volumineux, la peau adhère à la partie externe de la glande où

se voient trois fistules; la glande est mobile sur les plans profonds. On sent des nodosités, les unes confluentes en une masse volumineuse, les autres périphériques, isolées. Le mamelon est très déprimé. Les douleurs spontanées sont augmentées au moment des règles.

Dans l'aisselle se voient deux cicatrices et au-dessous quelques ganglions engorgés. Le 25 Février 1880, amputation du sein; la plaie est cicatrisée au milieu de Mars.

Observation Reverdin (Thèse Roux, Genève, 1890, page 99) (*Résumée*).

A..., âgée de 19 ans. Le début de l'affection remonte à 4 mois. A ce moment, est apparue une petite grosseur dans l'aisselle droite, indolore, ne gênant pas les mouvements.

Ouverture spontanée au bout de 2 à 3 semaines.

Ecoulement jaunâtre. Une fistule persiste.

Un second abcès s'ouvre alors en avant du premier et se fistulise.

Un troisième enfin se forme dans la partie supérieure du prolongement axillaire de la glande mammaire. Il s'ouvre et se fistulise.

Autour des trajets indurés des fistules, on sent des nodosités. A la partie supérieure du sein la tuméfaction est fluctuante. Au dessous du mamelon : nodosités dures, et assez volumineuses, la peau est rosée, et distendue. Il existe un ganglion sus-claviculaire.

Incision. Cùrettage des trajets et cavités de l'abcès. Extirpation des ganglions caséeux. Guérison. Examen histologique, tubercules avec bacilles de Koch.

Dans une de nos observations (obs. 1), ce n'était pas l'adénite axillaire qui avait précédé l'apparition des lésions mammaires, mais une adénite cervicale et sus-

claviculaire, (de même une observation de Dubreuil et Reboul).

Formes à début anormal.

Les cas de tuberculose mammaire se manifestant cliniquement tout d'abord par une adénite axillaire sont assez fréquents. Les cas dont il s'agit maintenant sont bien plus rares.

Dans un cas d'Orthmann, la lésion initiale fut sous-cutanée et ressemblait à un furoncle ordinaire.

Deux petites vésicules sous-cutanées furent la première manifestation clinique dans un cas de Poirier.

Kramer observa une malade chez laquelle les lésions débutèrent par une ulcération près du mamelon.

Chez une malade de Demme, la tuberculose sembla se greffer sur une plaie de mastite suppurée.

Plugette rapporte un cas où une légère blessure du mamelon fut suivie en quelques jours d'une tuméfaction du sein et de suppuration. Des bacilles furent constatés dans le pus. Mais sans doute y a-t-il une simple coïncidence?

Assez fréquemment, avant tout autre symptôme, on observe la rétraction du mamelon.

Elle survint dans un cas de Dubreuil deux ans avant l'apparition de la tumeur; cinq ans avant dans un cas de Verneuil, 21 mois auparavant dans un cas de Warden.

Mais ne s'agit-il pas plutôt dans ces cas de mastite chronique ultérieurement tuberculisée?

Sur un adénome préexistant, Davis a observé l'apparition d'une tuberculose mammaire.

De même Remy et Noël ont observé l'évolution d'une mammite tuberculeuse autour d'une adénome antérieur.

Vignard et Pasquier ont publié l'observation suivante :

Femme X..., 35 ans, entre pour fistule et tumeur du sein gauche. Pas d'antécédents héréditaires intéressants. Pas d'antécédents personnels. Bien réglée. A eu 3 enfants. Pas d'accidents d'allaitement.

En Juin 1911, la malade a vu son pouce gauche rougir à la face palmaire, puis une fistule s'est ouverte et une suppuration froide s'est établie. En même temps la malade a quelques ganglions axillaires. En ce moment, on note encore un petit ganglion sus-épitrochléen. La fistule s'est fermée il y a un mois; elle est recouverte d'une croûte; ouverte au fond d'une cicatrice étoilée, elle paraît avoir tendance à se rouvrir facilement. En Octobre, la malade remarque que le sein gauche est tuméfié.

Elle y sent une grosseur du volume d'un œuf d'oie située à la région externe, sur le bord antérieur du grand pectoral. La peau rougit à ce niveau. La malade souffre à peine. Les ganglions axillaires augmentent de volume. La malade s'applique des révulsifs. A la fin de Décembre, la fistule se produit et une suppuration froide s'établit. Le trajet augmente de calibre. Il est peu à peu modifié par la cautérisation. A l'entrée de la malade il est très réduit et très court. Il semble se diriger vers l'aisselle. La tumeur a également régressé, car le sein gauche est à peine plus volumineux que le droit. On trouve un volumineux paquet de ganglions axillaires situés derrière le grand pectoral.

8 Mars. -- Ablation de la partie externe du sein malade et curage soigné de l'aisselle. Les ganglions sont enveloppés de tractus fibreux qui en rendent l'ablation pénible.

A l'examen macroscopique de la pièce on trouve dans le

sein des noyaux caséux enterrés dans du tissu fibreux ; par endroits, de petites cavités, à parois irrégulières.

Histologiquement, on trouve une abondante infiltration de leucocytes par traînées ou en nodules.

De place en place, follicules tuberculeux avec centre caséux. Guérison.

Les auteurs émettent l'hypothèse d'une infection lymphatique ascendante mais ne s'agit-il pas plutôt d'une infection hémalogène simultanée ou successive. En faveur de cette hypothèse : la localisation osseuse de la lésion digitale.

Forme « primitive ».

La tuberculose primitive, isolée, de la glande mammaire a été décrite par beaucoup d'auteurs. (Demons, Catellani, Powers, Von Eberts, Abraham).

Déjà Delbet, en 1891, constatait que sur 26 observations, 12 fois l'absence d'autres lésions tuberculeuses était signalée.

En 1905, Scott cite 27 observations sans un cas de lésions pulmonaires.

Enfin Von Eberts trouve dans la littérature en 1909 40 cas de tuberculose mammaire cliniquement primitive.

Il en est ici comme de toute localisation tuberculeuse. Il ne faut parler que de constatations cliniques.

Scudder considère comme grandement probable que l'existence de cas de tuberculose primitive est extrêmement rare et que les cas ainsi nommés sont secondaires à une lésion tuberculeuse de quelque autre partie du corps. De même Halsted et Lecount écrivent qu'une

tuberculose primitive de la glande mammaire est encore à confirmer par autopsie.

Et quelle autopsie serait assez minutieuse, assez accompagnée d'examens histo-bactériologiques et d'inoculations pour que l'existence d'un foyer unique de tuberculose dans la glande mammaire soit démontrée?

Patarroni concluait dans sa thèse en 1907 : « La tuberculose mammaire n'est pas une tuberculose primitive. Tous les sujets présentaient des lésions bacillaires localisées dans d'autres organes ou avaient des antécédents suspects. Il est dit dans quelques observations que la malade jouissait d'une excellente santé avant l'apparition de son mal, mais la difficulté de déceler une tuberculose latente ne nous permet pas de considérer ces cas comme scientifiquement établis ».

On pourrait en dire autant de toutes les localisations tuberculeuses.

Aussi ne s'agit-il ici encore une fois que de tuberculose cliniquement primitive.

Il apparait bien que celle-ci existe. Certains cas semblent être assez probants dans la démonstration de l'existence de lésions réellement primitives.

Ainsi cette malade de Scot Schley dont nous rapportons l'observation ci-après.

La tuberculose primitive de la mamelle frapperait surtout le segment externe de la glande (Delbet) et s'accompagne d'adénite axillaire, tandis que la tuberculose secondaire frapperait surtout le segment interne et s'accompagnerait surtout d'adénopathie de la chaîne mammaire interne (Mermet).

Observation Scott Schley. — La malade était une femme de 32, ans anglaise dont, la mère mourut âgée et dont le père mourut à 76 ans. Une sœur mourut de cancer de l'utérus. La malade a toujours été bien portante et forte, elle a eu 5 enfants et les a allaités sans incident.

Les troubles actuels ont été remarqués pour la première fois huit semaines avant l'entrée à l'hôpital, trois semaines après, une petite masse, des dimensions d'une bille fut découverte dans le quadrant supéro-externe. Elle demeura stationnaire dans ses dimensions durant trois semaines. Deux semaines avant l'entrée, la tumeur commença à grossir rapidement dans toutes les directions et la douleur devint plus intense. Il n'y a d'histoire de traumatisme. L'appétit est bon et la malade est en bon état par ailleurs.

L'examen physique montre qu'il s'agit d'une femme exceptionnellement bien constituée avec une bonne coloration de la peau et des muqueuses. L'examen du thorax est négatif.

Dans le sein droit, occupant l'hémisphère externe, surtout le quadrant supéro-externe il y a une masse, des dimensions d'une mandarine, dure, fermement nodulaire au toucher, comme si elle était constituée de nombreux éléments glandulaires amalgamés, agrandis, indurés, ressemblant à une grappe de raisin dont les divers points seraient étroitement tassés. Ce n'est pas mou. Cela semble occuper le siège de l'appareil glandulaire et être complètement mobile sur les plans profonds. La peau n'est pas adhérente, mais des prolongements de tissu conjonctif s'enfoncent dans la masse et en limitent la mobilité. Le sein paraît de même taille que l'autre mais est légèrement bombé à ses limites périphériques et il y a une légère teinte sombre de la peau à la moitié supérieure de la tumeur. La masse entière peut être soulevée par le doigt insinué sous son bord, et quand on les applique contre la peau, les nodules deviennent très apparents à l'œil et font pâlir la peau sus-jacente.

L'autre sein, les ganglions axillaires et sus-claviculaires ne

présentent rien, d'anormal, pas plus que les ganglions superficiels du reste du corps ».

Le sein fut amputé et l'aisselle curetée.

Le rapport du Laboratoire d'Anatomie pathologique est le suivant :

« L'examen macroscopique d'un sein assez gros montre qu'il est rempli d'une masse molle, épaisse de 6 centimètres, à bords irréguliers et à nombreux prolongements de tissu conjonctif irradiant de là dans le reste du tissu glandulaire. La partie centrale de cette masse est de structure tout à fait ferme et sur une coupe montre seulement du tissu fibreux dense avec quelques canaux, d'où on peut exprimer un liquide purulent. La tumeur ressemblé étroitement à un carcinome squirrheux. Les ganglions lymphatiques axillaires sont légèrement augmentés de volume, mais ne semblent pas envahis par le processus.

Microscopiquement, il y a un aspect d'ensemble d'adénome du sein. Il y a aussi une abondante infiltration de tissu conjonctif avec petites cellules et, par places, des tubercules avec cellules géantes et nécrose centrale. La totalité de la tumeur a diffusément subi une tuberculisation évidente, mais il n'y a pas de larges masses caséeuses et pas d'autres caractères de tuberculose que ceux donnés plus haut. Des bacilles tuberculeux ont été mis en évidence dans des coupes colorées de la tumeur. Les ganglions lymphatiques sont tout à fait normaux.

Deux semaines après l'opération, on fit à la malade une injection de sept milligrammes de tuberculine sans qu'elle fit de réaction.

Pour examen de contrôle, à trois autres cas de tuberculose chirurgicale, on donna 6 milligrammes de la même solution avec des réactions typiques.

La guérison parfaite se maintenait 4 ans après.

Tuberculose mammaire bilatérale.

Albertini a vu les deux seins envahis simultanément. Walther et Pilliet ont observé un cas de tuberculose mammaire bilatérale dans lequel on constate cliniquement l'existence des lésions du sein droit quelques jours après l'ablation du sein gauche.

En 1916, Gilberti a rapporté un nouveau cas de tuberculose mammaire bilatérale.

Tuberculose mammaire chez l'enfant.

Demme a observé un cas de tuberculose mammaire chez un enfant de un an et Anspach chez une petite fille de quatre ans.

Tuberculose mammaire chez le vieillard.

Schild a rapporté en 1903, un cas de tuberculose mammaire chez une malade âgée de 73 ans.

Tuberculose mammaire chez l'homme.

A notre connaissance, il n'a été signalé que huit cas de tuberculose mammaire chez l'homme.

De ces huit cas, il convient d'ailleurs de n'en retenir que cinq : ceux de Poirier, de Hebb, de Schede, de Demme et de Morestin.

Le cas de Thierry n'a été que communiqué oralement à Delbet.

Le cas cité par Horteloup dans sa thèse d'agrégation

de 1872 semble bien, d'après les données même de l'observation, être un cas de simple mastite chez un tuberculeux.

Le cas de Heyfelder doit être également considéré comme douteux.

Observation de Morestin. — Le malade est un cuisinier de 50 ans, qui a passé à Saint-Louis le mois de Mars 1902. En dépit de sa profession, il n'est pas notoirement alcoolique, sa santé est médiocre depuis longtemps, déjà bien qu'il soit en apparence robuste et solidement charpenté. Il a eu une pleurésie du côté droit il y a quatre ans et plus tard des bronchites répétées et tenaces. Cependant, ce n'est pas un tuberculeux avéré. L'état général est assez bon ; le teint est d'une pâleur jaunâtre, mais au dire du sujet, c'est une pâleur habituelle, imputable à sa profession qui l'oblige à vivre devant les fourneaux dans les sous-sols. C'est sur nos conseils seulement qu'il consent à interrompre son travail.

Depuis cinq mois il a constaté une augmentation de volume du sein droit survenue lentement et sans aucune douleur. Encore maintenant, il ne souffre nullement, et la palpation, même prolongée et minutieuse, n'éveille aucune sensation désagréable.

L'augmentation de volume est très manifeste ; la mamelle formait un relief comparable à la moitié d'un œuf coupé en travers. Il n'y a aucune altération des téguments. Le mamelon occupant la partie la plus saillante de l'éminence, est lui-même parfaitement sain ; il n'est pas rétracté et n'est le siège d'aucun écoulement.

La palpation ne permet de sentir rien autre chose qu'une sorte d'empâtement diffus de la glande, qui est ferme, mal limitée, sans bosselures, sans points plus durs ou moins résistants, sans adhérence aux téguments, sans adhérences profondes.

Dans l'aisselle, un petit ganglion derrière le bord inférieur des pectoraux, gros comme une noisette, arrondi, mobile, indolent. Rien du côté de l'autre sein, rien ailleurs.

On hésite entre le diagnostic de néoplasme et de tuberculose mammaire.

Extirpation de la glande mammaire avec la peau, le tissu cellulaire et le ganglion axillaire.

Examen microscopique : Tuberculose mammaire caractérisée par l'existence de tubercules avec cellules géantes. Lésions surtout intra-acineuses.

Tuberculose mammaire des nourrices.

Patarroni, Orthmann, Habermaas, Von Eberts en ont cité des observations.

On paraît être tenté d'admettre que la lactation prédispose à l'envahissement tuberculeux de la glande mammaire.

Mais Habermaas, Piskacek ont rapporté chacun l'observation d'une malade qui allaitait avec un seul de ses seins et chez laquelle les lésions se développèrent justement dans l'autre sein.

Tuberculose mammaire inflammatoire.

Poncet et Leriche ont soutenu que la tuberculose est une grande cause de transformation des glandes, et Leriche a rapporté des observations d'association de lésions tuberculeuses viscérales, de déformations osseuses et de maladie kystique du sein (type maladie de Reclus) dont il voit l'origine dans une tuberculose glandulaire inflammatoire, sans lésions spécifiques.

Tuberculose mammaire et cancer.

Il existe tout d'abord de très rares exemples d'association de lésions cancéreuses et tuberculeuses dans un même sein.

Massabriaux, Bauer, Bundshuw, Scheidegger, Walther et Pillet, Pillet et Platel, Warthin en ont rapporté des exemples.

Seul l'examen histologique permet de faire le diagnostic exact.

Il existe ensuite des cas où la tuberculose mammaire simule le cancer du sein.

Pirrung en a rapporté un bel exemple.

Dans le cas de Strömberg et Kassaglidoff, l'aspect clinique des lésions et l'examen macroscopique après ablation du sein firent faire le diagnostic de squirrhe.

L'examen histo-bactériologique montra qu'il s'agissait de tuberculose.

Dans un cas de Taylor, une chondrite tuberculeuse avec mastite simulait un néoplasme.

Observation de Massabuau. — Mme A..., âgée de 52 ans, a une bonne santé habituelle, mais sa mère est morte bacillaire et elle-même a présenté il y un an une bronchite qui a duré plus d'un mois; actuellement elle tousse très peu et ne crache pas; elle n'a jamais eu d'hémoptysies.

Elle a eu trois enfants, les a nourris et n'a jamais présenté d'abcès ou de lymphangite du sein.

En Août 1908, elle constate dans le sein gauche la présence d'une tumeur qui roulait sous le doigt et qui avait le volume

d'une noix. Cette tumeur s'accroît progressivement mais lentement, sans déterminer de phénomènes douloureux.

En Novembre 1908, elle consulte un médecin qui constate que la tumeur a le volume d'un œuf, qu'elle est mobile et qu'elle ne s'accompagne d'aucun retentissement ganglionnaire appréciable.

Il conseille néanmoins l'intervention, que la malade diffère parce que la tumeur n'augmente pas sensiblement de volume.

En Février 1909, sans traumatisme préalable, la tumeur devient douloureuse en même temps que son volume paraît s'accroître rapidement, et ce sont ces phénomènes qui décident la malade à accepter l'intervention.

Quand on l'examine à son entrée à l'hôpital, on constate dans le segment supéro-externe de la mamelle gauche, une tumeur du volume d'une mandarine dont la périphérie se continue insensiblement et sans qu'il soit possible de la bien délimiter avec le reste de la glande.

La consistance de cette tumeur est ferme et sa surface légèrement grenue. La peau est mobile à la surface de la tumeur, le mamelon normal non rétracté. La tumeur n'adhère pas aux plans profonds.

Dans l'aisselle, on constate la présence d'une chaîne de tout petits ganglions dont le volume varie d'une tête d'épingle à un petit pois et qui sont mobiles dans le tissu conjonctif de la région.

La malade est opérée le 12 Mars 1909. Ablation large de la mamelle et curage du creux axillaire.

Plusieurs fragments de la tumeur sont prélevés et fixés dans le liquide de Roule. L'étude des préparations nous a révélé les particularités suivantes :

La tumeur présente la structure alvéolaire d'un carcinome. Le tissu conjonctif est peu abondant et les alvéoles qu'il limite sont bourrés de cellules néoplasiques en voie de prolifération très active : il est fréquent de voir les cellules centrales des alvéoles cancéreux en voie de dégénérescence ; ainsi

se produisent des formations pseudo-kystiques dans lesquelles semblent végéter des proliférations papilliformes de cellules épithéliales.

Les cellules néoplasiques sont atypiques et polymorphes, mais on ne constate dans aucun alvéole, l'existence des cellules d'un volume anormal, aucun élément qui rappelle ces plaques protoplasmiques multinucléés, ces cellules géantes épithéliales que certains auteurs ont décrites dans le cancer.

Mais ce qui frappe à l'examen du tissu conjonctif de la tumeur, c'est l'existence dans certaines préparations de nodules embryonnaires formés de cellules rondes et développés au voisinage de vaisseaux dont les parois sont épaissies. Il y a des points où ces nodules ont une structure plus précise; dans leur partie centrale existent une et quelquefois plusieurs cellules géantes dont les noyaux sont disposés à la périphérie de l'élément; en dehors de ces cellules, se trouvent des cellules épithéliales et des cellules embryonnaires séparées les unes des autres par la prolifération conjonctive réactionnelle qui envahit le granulome et tend à le scléroser.

Dans certaines préparations, le contraste est frappant entre les alvéoles néoplasiques et leurs cellules épithéliales, et les granulations tuberculeuses disposées à leur limite même.

En aucun point, nous n'avons constaté d'évolution nette vers la caséification. La caractéristique de la lésion tuberculeuse est au contraire ici une tendance à la transformation scléreuse qui empêche son envahissement.

Malgré que nous n'ayons pas recherché le bacille dans nos préparations, les lésions histologiques rendaient incontestable le diagnostic de tuberculose.

Il est vraisemblable que le carcinome est la lésion primitive comme il est la lésion dominante, et que l'infection tuberculeuse s'est secondairement greffée sur lui, importée sans doute par la voie sanguine.

DIAGNOSTIC

I. — Diagnostic clinique.

Le diagnostic de la tuberculose mammaire est délicat à établir en dehors de quelques cas typiques.

Il est aisé au cas de lésion mammaire secondaire à d'autres lésions tuberculeuses et se manifestant sous l'aspect de tumeur suppurée fistulée ou simplement fluctuante et accompagnée d'adénopathie axillaire volumineuse.

Il est particulièrement difficile au contraire, au cas de tumeur non ramollie, apparaissant en dehors de toute autre lésion tuberculeuse et ne s'accompagnant pas d'adénopathie volumineuse.

Quand celle-ci existe, c'est un symptôme d'importance capitale. Nulle autre affection du sein ne s'accompagne d'une adénopathie de ce caractère. Parfois même, nous l'avons vu, elle est constatée avant la tumeur glandulaire.

Mais l'existence même de cette adénopathie bacillaire n'est pas une preuve certaine de la nature tuberculeuse d'une lésion mammaire. Volkmann et Garée ont signalé l'évolution de noyaux de mammites chroniques chez des femmes atteintes d'adénopathies tuberculeuses.

Quant à l'existence d'autres lésions tuberculeuses, elles ne constituent pas une preuve de la nature tuberculeuse des lésions glandulaires, car d'une part, on peut voir des noyaux de mammite chronique chez des bacillaires, et d'autre part, la tuberculose mammaire peut être primitive.

Mais il n'en est pas moins vrai que les éléments primordiaux du diagnostic clinique de l'affection sont l'existence d'adénites axillaires volumineuses et la coexistence d'autres lésions tuberculeuses. Ce diagnostic sera encore facilité par l'existence d'une tumeur fluctuante et surtout par la formation de fistules assez caractéristiques.

Quand aucun de ces éléments de diagnostic n'existe, le diagnostic devient particulièrement malaisé et il faut successivement éliminer diverses affections du sein dont la tuberculose mammaire peut prendre les aspects.

La tuberculose mammaire au début peut simuler la **mastite chronique**.

Les symptômes de cette affection sont en effet au début ceux de la bacillose mammaire. On sent une nodosité de volume variable et parfois la glande est un peu plus volumineuse que l'autre.

On observe cette affection pendant la lactation ou du moins peu après l'accouchement.

Souvent les phénomènes inflammatoires sont dès le début plus nets que dans la tuberculose. La tumeur est plus sensible à la pression; elle devient peu à peu adhérente à la peau sous laquelle apparaissent des veinosités. L'évolution vers la suppuration est en général

assez rapide (6 semaines, Tillaux), mais parfois aussi elle est lente (6 ans, dans un cas de Reclus).

L'adénopathie est ici inconstante, et quand elle existe, elle est souvent oscillante dans son volume.

On pense souvent aussi au début de la tuberculose du sein, à un début de **néoplasme**.

Cependant le cancer du sein se présente comme une tumeur dure, intra-mammaire, munie de prolongements et plus adhérents à la peau que la tuberculose. Le phénomène de la peau d'orange est bien plus caractéristique. Souvent même il y a un léger enfoncement des tégu-ments du niveau des lésions. Le mamelon est plus adhérent, plus enfoncé que dans la tuberculose; l'adhérence aux plans profonds est plus fréquente.

Dans le cancer, il y a une adénopathie bien différente de celle de la tuberculose : les ganglions axillaires sont petits, durs, indolores, isolés les uns des autres. Comme dans la tuberculose, on peut observer une traînée de lymphangite entre la tumeur et l'aisselle.

Un autre élément de différenciation se rencontre dans l'âge de la malade; la tuberculose survient chez des femmes âgées de 25 à 35 ans, le néoplasme chez des femmes de 50 ans environ.

Dans certaines formes de tuberculose du sein qui simulent tout à fait le cancer, le diagnostic est particulièrement malaisé et il l'est encore davantage dans les formes associées dont nous avons déjà parlé.

Il nous faut signaler ici la **maladie de Paget** qui n'est qu'un cancer de la glande mammaire succédant à des lésions eczématiformes de l'aréole et du mamelon.

Celles-ci peuvent exister durant des années avant que n'apparaissent les signes de néoplasme qui se développe alors soit en surface, soit profondément, avec les caractères ordinaires d'un cancer du sein. Toutefois, il n'y a d'envahissement ganglionnaire que dans les périodes ultimes de la maladie. Ici aussi il s'agit de femmes âgées de 40 à 60 ans.

Quant à l'**adénome** du sein, il est aisément différenciable d'un noyau de tuberculose mammaire. La tumeur est arrondie, ferme, élastique, dure, parfois indolente et très mobile. Elle s'isole de la glande en se développant. Il n'y a pas d'adhérences, pas de rétraction du mamelon, il n'y a jamais d'adénopathie axillaire.

Rappelons toutefois que l'on a vu au moins un cas de tuberculose mammaire développée sur un ancien adénome en voie de dégénérescence maligne (Davis). Dans un autre cas (Remy et Noël), l'adénome avait été diagnostiqué longtemps avant l'apparition de la tuberculose.

Les **fibromes** du sein sont exceptionnels : ce sont des tumeurs dures, à évolution lente sans adénopathies.

Les **gommes** et l'**actinomycose** au début sont malaisément diagnostiquées, rares d'ailleurs.

Dans les cas de tuberculose mammaire à foyers multiples, il faut penser à la **maladie kystique de Reclus**, dont la **maladie noueuse** décrite par Tillaux et Phocas n'est qu'une variété. C'est une mastite chronique-diffuse où la glande entière est occupée par des kystes en nombre considérable qui se développent soit successivement soit simultanément dans les deux seins. Les nodosités

sont comme des grains de plomb au milieu desquels quelques-unes sont plus grosses. En pressant la glande, on produit un écoulement séreux. Il n'y a pas d'adhérence cutanée; le plus souvent, pas de rétraction du mamelon ni de ganglions axillaires. L'évolution est lente, progressive, oscillante.

Plus tard, au cours de l'évolution de la tuberculose mammaire, alors qu'il existe une tumeur mammaire plus volumineuse mais non encore ramollie, il faudra encore penser à la **mastite chronique** et au **cancer du sein**.

On pourrait songer à la possibilité d'un **adéno-sarcome**. Mais celui-ci développé souvent sur un adéno-fibrome qui rapidement a augmenté de volume, se présente sous l'aspect d'une tumeur irrégulière avec de grosses bosselures caractéristiques.

Les téguments sont rosés, la circulation veineuse collatérale développée. La peau est mobile, le mamelon n'est ni adhérent, ni rétracté et il n'y a pas d'adénopathie.

A la période de ramollissement, de fluctuation et de fistulisation, malgré que le diagnostic devienne plus aisé, toute une série d'affections peuvent encore prêter à confusion avec une tuberculose du sein.

Nous ne ferons que citer l'**abcès aigu du sein** qui se caractérise nettement par ce fait qu'il est l'abcès de l'allaitement et par des phénomènes inflammatoires locaux et infectieux généraux.

Les **gommes spécifiques** peuvent être sous-cutanées et intra-glandulaires. Arrivée à la période de ramollissement, la tumeur adhère à la peau qui devient rouge.

L'adénopathie axillaire n'apparaît qu'au bout de 2 à 4 mois d'évolution. L'évacuation du contenu se fait au dehors. Il s'est alors formé une ulcération à fond grisâtre, reposant sur une base indurée et circulaire à bords taillés à pic.

Cet aspect est bien différent de celui des fistules tuberculeuses en cul-de-poule, entourées de téguments violacés.

Le diagnostic exact ne sera souvent fait que grâce à la constatation d'autres manifestations syphilitiques ou d'une réaction de Wassermann positive.

L'actinomycoïse du sein se manifeste tout d'abord par l'apparition d'une tumeur dure, qui se ramollit ensuite et s'ouvre à la peau. Il n'y a pas d'adhérences profondes ici non plus et — signe important — il n'y a pas d'adénopathie avant toute infection secondaire. On doit rechercher et on peut trouver dans le pus des grains jaunes caractéristiques. A cette période d'ulcérations, la tumeur est bosselée, pseudo-phlegmonneuse. Le sein est couturé de cicatrices déprimées, à bords violacés, entourés d'un œdème périphérique.

Le séro-diagnostic de Widal est un bon élément de diagnostic.

La sporotrichose mammaire est une affection très rare. Il en existait cinq observations en 1914. Les lésions mammaires coexistent avec des lésions sous-cutanées multiples à forme gommeuse qui peuvent précéder ou suivre leur apparition. Nous signalerons ici que de Beurmann et Gougerot ont observé un cas d'association de sporotrichose et de cancer du sein, —

cas **analogue** à ceux où s'observe une association de tuberculose et de cancer du sein. Le diagnostic, dans tous les cas difficile, se fera grâce à la culture après ponction ou biopsie.

Parmi les tumeurs liquides pouvant à la rigueur être confondues avec certains cas de tuberculose mammaire, nous citerons le **kyste hydatique** du sein exceptionnel qui peut en s'infectant donner des signes d'inflammation violente et manifester sa nature en donnant issue à du pus phlegmoneux contenant des hydatides, des crochets et des débris feuilletés de la paroi.

Le **galactocèle** est plus fréquent, mais aisément reconnaissable puisque c'est au cours de la lactation ou au moment du sevrage qu'on l'observe. Il se développe très lentement durant des mois, sans troubles fonctionnels.

La tumeur plus ou moins régulière et sans adhérences. Elle peut être molle, fluctuante ou au cas contraire rénitente et tendue. Par pression du doigt, elle garde une empreinte en godet. On provoque par pression du mamelon un écoulement de lait. Il n'y a pas d'adénopathie. La résolution spontanée s'observe, mais parfois il y a suppuration.

Les **lipomes** extra ou intra-glandulaires donnent parfois l'impression d'une tumeur fluctuante.

Les **abcès froids** non glandulaires d'**origine sternale** ou **costale** ne s'accompagnent pas d'adénopathie et sont reliés par un pédicule profond à la lésion initiale.

Parfois il y a secondairement infection de la glande mammaire elle-même (Observ. personnelle n° 2).

Le diagnostic est facilité par la provocation d'une douleur nette par pression sur la côte même à distance.

Ainsi la pression sur la partie axillaire de la côte redresse sa courbure et produit de la douleur au point malade; la pression sur la partie antérieure ou postérieure de la côte exagère sa courbure et produit le même phénomène douloureux.

Les abcès froids intra-thoraciques peuvent également se faire jour à travers la glande mammaire; on trouve des lésions pleurales ou pulmonaires.

Hardouin et Marquis insistent sur le diagnostic entre la tuberculose mammaire à forme d'abcès froid et l'abcès froid rétro-mammaire. Ici cependant nous trouvons une peau intacte; il n'y a pas de nodosités sous-jacentes, ni de bosselures; le mamelon est saillant en même temps que la base de la mamelle est élargie. Très souvent, on ne trouve pas d'adénopathie axillaire.

Même à cette période de ramollissement et de fluctuation de la tuberculose du sein, il faut penser au cancer. Tout d'abord au **cancer colloïde** très rare d'ailleurs, qui survient chez des femmes âgées et se présente comme une petite tumeur bosselée et mobile qui ne s'accompagne ni d'adénopathie, ni de rétraction du mamelon et qui, par ponction, donne issue à un liquide épais et gélatineux.

On pourrait aussi exceptionnellement avoir affaire à un **cancer suppuré** comme Habermaas en a rapporté une observation. La tumeur fluctuante et accompagnée d'adénopathie fut prise cliniquement pour une tuberculose mammaire. L'examen macroscopique sembla confirmer

ce diagnostic en montrant des masses caséeuses entourant une cavité qui renfermait environ 20 grammes de pus.

A l'examen microscopique, on reconnut un cancer suppuré.

II. — Diagnostic de laboratoire.

C'est en effet grâce seulement aux examens de laboratoire que dans les cas particulièrement difficiles le diagnostic pourra être établi avec certitude.

L'examen histo-bactériologique du pus des fistules, du pus ou du lait obtenu par expression du mamelon ou par ponction donnera des renseignements parfois suffisants, parfois insuffisants, et il peut être nécessaire de pratiquer une inoculation au cobaye.

On peut aussi, comme Von Eberts l'a proposé, utiliser les injections de tuberculine pour provoquer des réactions locales au niveau des lésions et en tirer des éléments de diagnostic.

La tumeur étant enlevée, un examen histologique peut être nécessaire pour en déterminer la nature. Même après cet examen histologique, on peut hésiter entre certaines lésions de mammite chronique ou des lésions tuberculeuses.

C'est dans ces cas que l'inoculation au cobaye peut encore être nécessaire.

PRONOSTIC

Le pronostic local est sombre. Sans intervention, la tuberculose mammaire aboutit à l'envahissement et à la perte totale de la glande. La seule intervention chirurgicale rationnelle comporte l'ablation de l'organe.

Quand cette affection est secondaire à une autre localisation tuberculeuse, elle aggrave l'état général par suppuration, fistulisation, infection secondaire. Elle accentue l'évolution d'une tuberculose généralisée.

Elle comporte d'ailleurs le même pronostic fâcheux que toute tuberculose viscérale : fréquence des récidives, des localisations pulmonaires secondaires voire même de la généralisation.

Toutefois, c'est une localisation tuberculeuse somme toute relativement bénigne. Le pronostic post-opératoire selon les statistiques est très variable.

Après intervention, sur 6 malades, Delbet en retrouve deux bien portantes l'une 6 mois, l'autre 1 an plus tard. Deux autres sont mortes de tuberculose pulmonaire; deux récidives ont eu lieu l'une du même côté, l'autre dans le sein du côté opposé.

Cette statistique courte et peu encourageante est déjà

ancienne. Cellé de Braendle est la plus récente et la plus complète publiée (1906).

Il s'agit de 15 cas que l'on peut considérer comme des cas de tuberculose mammaire primitive. Deux malades sont mortes, quelques années après l'opération, de tuberculose sans signes de récidence locale. Treize n'ont eu aucune récidence locale. Ces malades étaient opérées depuis 4, 8, 11, 16 et 19 ans. Dix étaient opérées depuis 14 à 15 ans.

Aussi Brændle considère-t-il la tuberculose mammaire comme d'un pronostic relativement moins défavorable qu'une autre tuberculose viscérale.

Dans un cas de Tédénat, la guérison persistait depuis 7 ans.

Dans un cas de Piskacek, au contraire, le second sein fut envahi 2 ans après l'ablation du premier.

A cette question du pronostic de la tuberculose mammaire doit être rattachée celle de l'allaitement en cas de tuberculose mammaire.

Cet allaitement doit être interdit. Le lait de femmes tuberculeuses, même sans lésions mammaires, peut comme celui des vaches tuberculeuses contenir des bacilles. Il en est à plus forte raison aussi en cas de localisation mammaire.

Nous ne ferons que relater le cas observé par Hebb en 1888. Une femme atteinte depuis quelques années de tuberculose pulmonaire fut atteinte ensuite de tuberculose mammaire. Elle continua à nourrir les enfants qu'elle eut. Cinq sur huit moururent tuberculeux.

OBSERVATIONS INÉDITES ET PERSONNELLES

Tuberculose du sein secondaire à une tuberculose ganglionnaire sus-claviculaire.

Mme R. 28 ans, entre à la Pitié le 4 Juillet 1919 pour une tumeur douloureuse de la mamelle gauche.

Le père est mort tuberculeux. La malade est de santé délicate, elle tousse fréquemment. Son teint est pâle, ses muqueuses sont peu colorées. Elle est maigre.

Il y a dix huit mois des glandes sont apparues sous la région cervicale et sus-claviculaire gauche. Trois se sont ramollies, ont ulcéré la peau et se sont fistulisées il y a 6 mois. Actuellement, on note de petites cicatrices, légèrement chéloïdiennes, rouges, adhérentes dans la région cervicale inférieure et le creux sus-claviculaire gauche.

A la suite de ces accidents, la malade a remarqué la formation d'un « cordon douloureux » dans la région sus-claviculaire gauche. Ce cordon augmentant assez rapidement de volume a gagné la moitié supérieure de la mamelle gauche.

Actuellement, on constate un sein gauche légèrement augmenté de volume. La région costale sus-jacente n'est pas aplatie comme du côté opposé, mais légèrement saillante. La peau est rosée, un peu tendue; on voit s'y dessiner une circulation veineuse très accentuée.

A la palpation, on sent une masse irrégulière, dure dans la partie inférieure du sein, plus molle à la partie moyenne. Par le palper bimanuel, on renvoie nettement une fluctuation

appréciable de la région mammaire moyenne à la région pectorale, où a débuté la tuméfaction.

On mobilise difficilement la masse sur le plan musculaire, mais elle ne paraît pas entraînée par les contractions du grand pectoral.

Le palper de la région axillaire permet d'y constater la présence de 3 ganglions gros comme de petites noisettes et durs.

L'examen des poumons montre au sommet gauche de la submatité avec résistance au doigt et de la diminution du murmure vésiculaire sans bruits surajoutés.

Opération le 5 Juillet. — Après ponction de la tuméfaction et soustraction de 400 grammes de pus, incision partant du bord inférieur de la clavicule et descendant en raquette de façon à entourer le sein.

Extirpation du sein et de tout le tissu cellulaire rétro-mammaire jusqu'au grand pectoral dont une partie adhérente est également enlevée. On poursuit la dissection jusqu'à la partie médiane de la clavicule où le grand pectoral est infiltré par une nodosité nettement tuberculeuse.

Au devant du petit pectoral, dans l'espace clavi-axillaire on trouve un ganglion tuberculeux qui semble indépendant de la lésion et est enlevé.

A l'examen macroscopique de la pièce enlevée, on constate l'existence d'une poche à parois tomenteuses, bourgeonnantes ressemblant tout à fait à celle d'un abcès froid. Elle infiltrait toute la partie mamelle et le tissu retro-mammaire sans empiéter du côté du grand pectoral où la surface enlevée était absolument lisse.

La face profonde de la paroi tuberculeuse pénétrait jusque dans les lobules et leur adhérait. La mamelle semblait ainsi aplatie et réduite à une couche relativement assez mince entre la peau et la cavité.

Ces lésions paraissaient nettement tuberculeuses et l'examen histologique confirma ce diagnostic.

Le drain axillaire fut enlevé après 48 heures. Les fils furent enlevés le 13 Juillet. La plaie était en parfait état à ce moment et la cicatrisation complète fut obtenue à la fin du mois.

Il est apparu nettement au cours de l'intervention — comme l'histoire clinique pouvait le faire prévoir — que les lésions de la glande mammaire étaient ici nettement secondaires à une tuberculose ganglionnaire sus et sous-claviculaire.

II. — Tuberculose du sein secondaire à une ostéite costale.

Mme X., 45 ans, entre le 5 Avril 1919 à l'hôpital Beaujon. Aucun antécédent personnel intéressant. La malade est petite et maigre, mais semble de bonne constitution. Elle a deux enfants bien portants.

Il y a cinq mois, elle a commencé à ressentir quelques élancements dans le sein droit. Cette douleur sourde a peu à peu augmenté. En même temps une tuméfaction est apparue à la partie inféro-externe du sein. En quelques semaines, la tumeur a rougi, est devenue molle et s'est enfin ouverte à la peau. Du pus est sorti abondamment, et à la suite de cette évacuation spontanée, une petite fistule a persisté. C'est pour qu'on la guérisse de celle-ci que la malade vient à l'hôpital.

On constate à l'examen que le sein droit a exactement le même aspect que le sein gauche. Au-dessus et en dehors du mamelon on voit l'orifice d'une fistule petite, admettant juste un stylet, à bords violacés et d'où l'on peut faire sourdre par pression une goutte de pus séreux. L'exploration au stylet permet d'enfoncer celui-ci obliquement en haut et en dedans dans la profondeur du sein jusqu'à 5 centimètres environ. On bute à cet endroit sans qu'on éprouve aucun contact spécial. Il n'y a pas d'adénopathie axillaire.

Une réaction de Wassermann est faite; elle est négative. L'examen bactériologique du pus révèle la présence du bacille de Koch.

Opération le 15 Avril.— Incision curviligne sous-mammaire, longue de dix centimètres environ circonscrivant l'orifice fistuleux dans lequel est enfoncé un stylet. En relevant le sein le trajet est excisé en bloc et cette excision intéresse la partie inférieure de la glande mammaire dans laquelle il passe.

On arrive jusqu'à la face antérieure de la 4^e côte. Il y a là un point d'ostéite très net. Résection costale. Au-dessous le périoste et la plèvre pariétale épaissis, forment un bloc scléreux sans trajet.

Fermeture sur faisceau de crin. Dix jours après, la malade sort guérie. Six mois après, elle était revue en excellent état.

III. — Tuberculose mammaire. Forme normale.

Mme D..., 38 ans, entrée à l'hôpital Beaujon le 22 Juin 1910.

Antécédents héréditaires : Le père est mort « de la poitrine ».

La mère est bien portante.

La malade enfant a eu la rougeole elle a été réglée à 15 ans et est bien réglée. Mariée à 23 ans elle a eu neuf enfants dont deux mort-nés et un troisième mort de congestion pulmonaire à 9 mois.

Elle n'a aucun passé pulmonaire personnel.

Elle s'est aperçu il y a 2 ou 3 ans de l'existence dans le sein gauche d'une grosseur du volume d'une noisette. Elle n'en a jamais souffert, et c'est à peine si cette tumeur a légèrement grossi jusqu'à ce jour.

Il y a deux mois, elle s'est aperçu d'une autre grosseur siégeant sur la clavicule gauche au tiers interne et du volume d'une noix. Il y a un mois cette petite tumeur est devenue rouge. C'est ce qui amène la malade à l'hôpital.

A l'examen, on observe sur le tiers interne de la face supérieure de la clavicule gauche une petite tumeur arrondie du volume d'un œuf de pigeon, rouge vif et non douloureuse.

Elle est nettement fluctuante; c'est là un abcès froid claviculaire selon toute vraisemblance.

Dans le sein gauche, on sent une masse dure, assez profonde, mobile sur les plans profonds, non adhérente aux téguments, absolument indolore.

Le diagnostic de tuberculose mammaire est posé. Il y a un ganglion axillaire, il n'y a pas de ganglion sus-claviculaire.

Opération. — Extirpation du sein et de deux ganglions axillaires, volumineux. A la coupe, on trouve dans le parenchyme scléreux un abcès qui a tous les caractères d'un abcès froid.

En grattant l'abcès claviculaire, on ne met aucune surface osseuse à nu. Ablation des agrafes le 3 Juillet. Réunion parfaite. La malade est revue le 10 Septembre. La grosseur claviculaire existe toujours et suppure.

L'examen histologique confirme le diagnostic de tuberculose mammaire.

IV. — Tuberculose mammaire. Forme normale.

Mme D..., 31 ans, entrée le 13 Mars 1912. A eu la rougeole à 8 ans, a été réglée à 14 ans et a des règles régulières. Elle a deux enfants de 11 et de 7 ans.

En Septembre 1911, la malade s'est aperçu qu'elle avait à la partie inférieure et externe du sein droit une petite nodosité indolore, très dure, du volume d'une bille. Cette tumeur atteignait le volume d'un œuf de pigeon en Septembre. La tumeur se ramollit, les téguments rougirent. Le 28 Octobre, la tumeur fut incisée et drainée. Depuis cette époque, il persiste une fistule d'où il sort continuellement du pus.

Il n'y a aucune douleur.

A l'examen, le sein apparaît de volume normal, souple; au-dessus et en dehors de l'aréole, on voit un croissant rouge, induré, douloureux légèrement à la pression. C'est la cicatrice d'incision et de drainage. Au centre, fistulé à bords violacés.

On sent quelques ganglions dans l'aisselle.

Opération le 18 Mars.

Extirpation en masse de la lésion mammaire. Réunion du petit drain. La malade quitte l'hôpital le 22 Mars : elle revient faire enlever les crins le 28.

L'examen de laboratoire confirme le diagnostic de tuberculose.

V. — Tuberculose mammaire. Evolution lente.

Mme V., 45 ans, entrée le 27 Avril 1915. Aucun antécédent héréditaire intéressant. La santé habituelle de la malade est bonne. Elle a deux enfants de 9 et 6 ans, bien portants.

Il y a 15 ans, elle a senti pour la première fois au sein droit une petite tumeur mobile, du volume d'une noisette, non douloureuse ; elle n'y a pas prêté autrement attention et le volume de la tumeur est resté stationnaire.

Il y a deux mois, la malade a ressenti des douleurs au creux de l'aisselle droite et peu à peu est apparue une tumeur douloureuse lui donnant des élancements quand elle remue le bras.

A l'examen, on trouve à la partie inféro-externe du sein droit une masse dure du volume d'une noix, mobile sous la peau et mobile sur les plans profonds.

Dans l'aisselle existe une masse ganglionnaire dépassant le volume d'une noix, mobile sous la peau et mobile sur les plans profonds.

Opération. — Incision de la peau au niveau de la tumeur qui est blanchâtre et dont le centre ramolli contient du pus verdâtre.

Extirpation en masse de la tumeur et extirpation de 6 à 7 volumineux ganglions axillaires en voie de ramollissement. Réunion sans drainage. Examen bactériologique : bacilles de Koch dans les parois de l'abcès.

VI. — Tuberculose mammaire secondaire à une adénite axillaire.

Mme G..., entrée à la Pitié le 19 Juin 1919.

Antécédents héréditaires : Père mort de broncho-pneumonie. mère vivante et bien portante.

Antécédents personnels : Rougeole à 15 ans. Réglée à 14 ans, réglée normalement. Deux enfants vivants et bien portants. Le mari tousse souvent l'hiver.

Il y a six mois la malade, a ressenti des douleurs dans l'aiselle droite. Elle a constaté à cette occasion l'existence en cet endroit d'une petite tumeur mobile et un peu douloureuse.

Cette tuméfaction a progressivement augmenté de volume et est devenue le siège d'élancements assez vifs.

Il y a quatre semaines, la malade a remarqué l'existence dans le sein d'une grosseur un peu douloureuse également siégeant à la partie externe de la glande et grosse comme une noix.

Cette seconde tumeur n'a pas cessé d'augmenter de volume depuis cette époque.

A l'examen, on constate la présence dans l'aiselle droite d'une masse irrégulière et dure, mobile sous la peau et sur les plans profonds, grosse comme une mandarine.

Au-dessus et en dehors du mamelon dans le quadrant supéro-externe de la glande mammaire, on sent une masse un peu plus petite, également mobile sur les plans profonds mais un peu adhérents à la peau. Cette tuméfaction est rénitente obscurément fluctuante. Entre les deux masses, sur le bord inférieur du grand pectoral, on perçoit un cordon induré-noueux un peu sensible.

Opération le 24 Juin.

Incision parallèle au bord inférieur du grand pectoral, et allant du creux axillaire près du manchon.

Extirpation d'une grosse masse ganglionnaire de l'arrosible. On trouve dans la partie toute supéro-externe de la mamelle un abcès froid. Extirpation en masse de la poche de l'abcès des ganglions axillaires et du cordon lymphatique sous-pectoral. On ne touche pas à la partie saine de la glande.

Réunion avec drainage filiforme

A l'examen de la pièce, il semble que le sein ait été envahi par une tuberculose à point de départ axillaire.

CONCLUSIONS

1° La tuberculose du sein a pour caractères cliniques essentiels : l'existence d'une tumeur mammaire à développement insidieux survenant chez une femme assez jeune, souvent déjà porteur d'autres lésions tuberculeuses et qui s'accompagne d'une adénopathie axillaire ayant tendance à évoluer vers la suppuration.

2° Parmi ces caractères cliniques, un est particulièrement important : l'existence d'une adénopathie axillaire à tendance suppurative. Il est même assez fréquent d'observer cliniquement, les lésions axillaires avant les lésions glandulaires. Mais cette adénopathie manque parfois.

3° D'ailleurs, aucun des caractères cliniques essentiels de la tuberculose mammaire n'existe constamment. Aussi tous les aspects cliniques sont-ils possibles. Ce polymorphisme rend le diagnostic de l'affection parfois extrêmement difficile et même impossible sans le secours du laboratoire.

4° La description classique d'une tuberculose mammaire à « forme disséminée » est légitime comme description *anatomique*, mais seulement comme telle, et encore ne faut-il pas lui attribuer plus d'importance

qu'on n'en attribuerait aux formes disséminées de toute autre tuberculose viscérale.

5° La description d'une forme *clinique* spéciale correspondant à la description de la forme anatomique précédente ne se légitime pas par l'examen des faits. Il n'y a pas, en réalité, de modalités cliniques spéciales dues à l'existence de plusieurs foyers tuberculeux dans la glande mammaire. L'examen des observations le prouve, ainsi que les divergences considérables qui existent entre les descriptions des divers auteurs justement sur les caractères cliniques de cette forme.

6° Bien que la preuve anatomique en soit impossible à fournir, il semble bien que la tuberculose mammaire puisse être, comme toute autre tuberculose viscérale, la première localisation d'une infection tuberculeuse.

Il est, en tout cas, certain que, cliniquement, c'est une localisation assez fréquemment primitive.

Vu et bon à imprimer :
Le Président de la thèse,
M. CUNÉO

Vu : le Doyen,
H. ROGER

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL

BIBLIOGRAPHIE

- Abraham. — Thèse de Paris, 1910, n° 120.
- Albertini. — *In Th. ARGELLIER.*
- Anspach. — *Americ. Journal of med. science.* Philadelphia, 1904.
- Arcoleo. — *Riforma Medica*, 1898, p. 637-640.
- Argellier. — Thèse Lyon, 1898, n° 137.
- Astley Cooper. — *Œuvres Chirurgicales.*
- Bahuaud. — *Gaz. Medic. Nantes*, 1906, p. 317.
- Bardy. — Th. Paris, 1876.
- Bartels. — *Inaug. dissert. Marburg*, 1892.
- Bauchet. — *Th. agregat*, 1857.
- Bauer. — *Gottingen*, 1912. Hofer, 17 p. in-8°.
- Baumgartner. — *In LE DENTU-DELBET.* Tome 23. Baillière, 1914.
- Bazin. — *Leçons sur la scrofule*, 1861, p. 410.
- Bender. — *Revue de gynéc. et de chirurg. abdom.*, Paris 1914, p. 265-268.
- Bender. — *Beit. zur klin. Chirurg.*, 1891. Vol. VIII, s. 205.
- Bérard. — *Thèse pour le professorat*, 1842.
- Berchtold. — *Inaug. dissert. Basel*, 1890.
- Berger. — *Rev. génér. de Clin. et de Thérap.*, Paris 1905.
- Binaud et Braquehay. — *In Tr. LE DENTU-DELBET.* Tome VII, p. 91.
- Billroth et Luecke. — *In Deuts. Chirurg.*, 1880, p. 41.
- Bories. — Th. de Paris, 1858.
- Brucant. — Th. de Lille, 1895.

- Bröndle. — *Beit. zur klin. Chir.*, 1906, p. 215.
Brun et Papin. — *Arch. médic. d'Angers*, 1903, VII, p. 57-63.
Bryant. — *The disease of the breast*, 1888.
Bundschuh. — *Beitr. z. pathol. Anat. und z. allg. Path.*
Iena 1913, p. 65-74.
Caminiti. — *Riforma medica*, Roma, 1903, XIX, p. 869-905.
Campenon. — *Sem. Médic.*, 1888, p. 413.
Carle. — *Gaz. hebdom. de Médec.*, 1899, p. 913.
Carr. — *Physic. and Surg.*, Detroit and Ann. Arbor, 1911,
p. 26.
Carrel. — *Gaz. des hopitaux*, 1899, p. 45.
Catellani. — *Policlinic*, Roma 1895, p. 273-278.
Cignozzi. — *Policlinic*, Roma 1910, p. 811-813.
Coley. — *Arch. gén. de Méd.*, 1849, p. 99.
— *The Lancet*, 1848, p. 579.
Collomb. — Thèse Lyon, 1898, p. 182.
Cornil. — *Les tumeurs du sein*, Alcan, 1908.
Cornil et Ranvier. — *Histol. pathol.*
Coudray. — Thèse de Paris, 1882.
Cunéo. — Thèse de Paris, 1898, n° 198.
Custom. — *Intern. Clinic. Philadelphie*, 1897 IV, p. 58-61.
Dandois. — *Rev. médic. de Louvain*, 1888, VII, p. 5.
Davis. — *Medic. News*, 1897.
Delbet. — *In Traité*, LE DENTU-DELBET, p. 842, 1891.
Delfino. — *Gaz. D. Arp.*, Milano 1906, p. 977.
Demme. — *Schmidt's Jahrbuch*, 1891.
Demons et Binaud. — *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 1894,
p. 280.
Desgranges. — Thèse de Paris, 1895.
Dubar. — Thèse de Paris, 1881.
Dubreuil. — *Gaz. Médic. de Paris*, 1888, p. 198-200.
Durande. — *Prov. Médic.*, 1896.
Durante. — *Policlin.*, Roma 1914, p. 319-335.
Durante et Mac Carty. — *Ann. Surg. Philad.*, 1916,
p. 668-671.

- Duret. — *Progrès Médical*, Paris, 1882.
- Duvergey. — *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 1911, p. 841.
- Von Eberts. — *Soc. Médic. Cliniq. de Montréal*, Janvier 1909.
- *The Am. Journ. of Medic. Sc.*, 1909, p. 70.
- Ely. — *New-York Path. Soc.*, 1890, p. 81.
- Ferguson. — *J. Am. Med. Assoc. Chicago*, 1898, p. 1412-1414.
- Fiorantini. — *Giorn. d. reale. Soc. ital. d'Igiene*, Milano, 1895.
- *Arch. della Assoc. medic. lomb.*, Milano, 1895, p. 240-257.
- Follet. — *Bull. Médic. du Nord*, Lille, 1885, p. 551.
- Fraikin. — *Soc. d'Obstét. de Bordeaux*, 1899.
- Franco. — *Virchow's Archiv.*, 1908, p. 370.
- Freiberg. — *J. Amer. Med. Assoc. Chicago*, 1898, p. 1504-1508.
- Gangolphe. — In Th. ARGELLIER.
- Gaudier et Pereire. — *Rev. de Chirurgie*, 1895, p. 768.
- Gautier. — Th. Bordeaux, 1895.
- Geissler. — *Deut. Medic. Woch.*, 1906, p. 1780.
- Gilbert et Weill. — *Arch. de Méd. Expér.*, 1910.
- Gilberti. — *Policlin.*, Roma, 1916, p. 321-331.
- Grille. — Th. de Paris, 1873.
- Giraldès. — *Gazette des Hôpitaux*, 1854, p. 581.
- Gosselin. — *Gazette des Hôpitaux*, 1881.
- Gromo. — Th. de Paris, 1878.
- Habermaas. — *Beit. z. klin. Chirurg.*, 1886, p. 44.
- Halsted et Lecount. — *Ann. Surg. Phila.*, 1898, p. 685-707.
- Hardouin. — *Bull. et Mém. Soc. Anat. Paris*, 1907, p. 58-60.
- Hardouin et Marquis. — *Rev. de Chirurgie*, 1908, p. 37-38.
- Hebb. — *Transact. of pathol. Soc. London*, 1888, p. 446.
- Heraud. — Th. de Montpellier, 1897.
- Herbet. — *Gaz. Méd. de Picardie*, Amiens, 1883, p. 104-106.
- Hernig. — *Inaug. dissert.*, Erlangen, 1889.

- Heurtaux. — *Bull. Soc. Anat. Nantes*, 1889-1890, t. XII, p. 14.
- Heyfelder. — *Deut. klin*, 1851.
- Holmes. — *System of Surgery*, 1871.
- Horteloup. — *Th. d'agrégation*, 1872.
- Ingier. — *Virchow's Archiv.*, Berlin, 1910, p. 217-222.
- Jacob. — *Th. de Lyon*, 1890.
- Jacques. — *Rev. méd. de l'Est*, 1893, p. 396.
- Johannet. — *Rev. méd. chirurg.*, 1850.
- Kaplan. — *Khirurgia*, Moscou, 1913, p. 322-329.
- Kicker. — *Arch. f. klin Chir.*, 1895.
- Klotz. — *Arch. f. klin Chir.*, 1879, t. XXV.
- Koenig. — *Traité de pathol.*, 1889.
- Kolesnikow. — *Virchow's Arch.*, 1877.
- Kramer. — *Centralblatt für Chirurg.*, 1888, p. 866.
- Kummer. — *Rev. méd. de la Suisse romande*, 1890, p. 275.
- Lancereaux. — *Bull. de la Soc. anat.*, Paris, 1860.
- Lane. — *British med. Soc. London*, 1890, p. 14.
- *Transact Clin. Soc. London*, 1891-1892, p. 243.
- Lange. — *Transact. of the Surg. Assoc. Philad.*, 1895, p. 498.
- Leblanc. — *Soc. anat. de Paris*, 1896.
- Le Dentu. — *Revue de chirurgie*, 1881, p. 26.
- Lee. — *Long. Island Med. Journ.*, Brooklyn, 1916, p. 206.
- Léger. — *Bull. Soc. méd. d'Amiens*, 1878, t. XXVIII, p. 123-126.
- Leriche. — *Lyon Médical*, 1914, p. 1076.
- Levins. — *J. Am. Med. Assoc. Chicago*, 1903, t. XII, p. 300-304.
- Lomis. — *Researches of Lomis Laboratory*, t. I, 1890.
- Lotheissen. — *Wiener klin Woch.*, 1897.
- Loumeau. — *Gaz. hebdom. des Sc. Méd. de Bordeaux*, 1917, p. 45.
- *Bull. et Mém. Soc. Méd. et Chirurg. Bordeaux*, 1917, p. 5-7.

- Mac Kellar. — *The Lancet*, 1889, p. 1082.
- Manley. — *Medical brief. St-Louis*, 1903, p. 1349.
- Mandry. — *Beit. zur klin Chir.*, 1891-92, T. VIII, p. 179.
- Marangoni. — *Riv. Veneta di Sc. Med.*, Venezia, 1907, p. 49.
- Martel. — *Th. Paris*, 1887.
- Massabrieau. — *Montpellier Médical*, 1909, n° 26.
- Mermet. — *Arch. gén. de Médecine*, Mars, 1896.
- Miles. — *Edimb. Medic Journ.*, 1915, p. 205-209.
- Morestin. — *Bull. Soc. Anat.*, 1903, p. 479-481, 613-616.
— *Soc. de Chirurgie*, 1902-1907.
- Mollière. — *Gaz. des Hopitaux*, 1886.
- Müller. — *Inaug. dissert.*, Würzburg, 1893.
- Muselier. — In Thèse BRUCAUT.
- Nattan Larrier. — *Soc. biol. Paris*, 1900, p. 1024.
— *Arch. de Méd. Expér.*, 1904, p. 197.
- Negroni. — *Osp. maggiore*, Milano, 1916, p. 3-11.
- Nelaton. — *Th. d'Agrégat.*, 1839.
- Nocard. — *Congrès intern. Méd.*, 1900.
- Ohnaker. — *Arch. für klin Chir.*, 1882, p. 366.
- Opie. — *Med. Journ. Baltimore*, 1888, p. 363.
- Orthmann. — *Arch. f. path. anat. Med. Phys.*, 1885, C., p. 365.
- Park. — *Med. News.*, 1896.
- Parsons. — *British med. Journ.*, 1907, p. 426.
- Pauchet. — In Thèse d'HÉRAUD.
- Patarroni. — *Th. Bordeaux*, 1907, n° 126.
- Pilliet et Piatet. — *Soc. Anat. PARIS*, 1897.
- Pirrung. — *Lancet. clinic.*, Cincinnati, 1914, p. 563.
- Pisani. — *Policlinico*, 1896, t. III, p. 594.
- Piskacek. — *Medic. Jahrbuch*, Wien, 1887, p. 44.
- Plugette. — *Gaz. hebd. méd. et chirurg.*, 1900, p. 103.
- Poirier. — *Th. Paris*, 1883.
— *Arch. gén. méd.*, 1882, t. I, p. 59.
- Poncet et Leriche. — *Arch. de médecine*, 1906.

- Powers. — *Ann. of Surg.*, Philadelphia, 1894, p. 159-164.
 — — — — — 1897, p. 58-61.
 — — — — — 1913, p. 171-181.
 Rabinsohn. — *Beitr. z. Kasuistik der Weiblichen Brustdrüsen Tuberkulose*, Königsb.-i.-Pr., 1911, H. Jæger.
 Reboul. — *In. th. d'HÉRAUD*.
 Reclus. — *Clin. chirurg.*, p. 418.
 Reerink. — *Beitr. z. klin Chir.*, 1895, t. VIII, p. 49.
 Remy et Noël. — *Bull. Soc. Anat. Paris*, 1893.
 Reverdin. — *Rev. méd. Suisse rom.*, 1890.
 Richet. — *Gaz. hopitaux*, 1880.
 Robinson. — *British Med. Journ.*, Juin 1892.
 Roffo et Landivar. — *Prensa Medica Argentina*, Buenos-Aires, 1914, p. 33.
 Routier. — *Bull. Soc. chir.*, 1903, t. XXIX, p. 934.
 Roux. — *Th. de Genève*, 1890.
 Sabrazès et Binaud. — *Arch. de méd. expér.*, Nov. 1895.
 Saint-Jacques. — *Medical Record*, Fév. 1909.
 Salomoni. — *Clin. Chirurg.*, Milano, 1903, t. XI, p. 282.
 Schede. — *Deutsch Med. Woch.*, Déc. 1893.
 Schield. — *Clin. Journ.*, London, 1903, t. I, p. 1192.
 Schifoni. — *Incurabili*, Naples, 1901.
 Schley. — *Annals of Surg.*, Philadelphia, 1903, p. 24.
 — *St-Lukes Hosp. Med. and Sc. Rep.*, 1910.
 Schmidt. — *Ein fall von Tuberc. Mamina Lubeck*, 1905.
 Scott. — *St-Barthol Hosp. Reports*, 1905, p. 97.
 Scudder. — *Am. Journ. of Med. Sc. Philadelphia*, 1898, p. 75.
 — *J. of Am. Med. Assoc. Chicago*, 1898, p. 187.
 Shattock. — *Path. Soc. of London*, 1889, p. 391.
 Smith. — *Am. Journ. Obst.*, New-York, 1898, p. 846.
 — *Am. Journ. Obst.*, New-York, 1912.
 Souplet. — *Bull. soc. Anat.*, Paris, 1886, p. 443.
 Spediacci. — *Atte. d. r. Accadem. d. fisciend*, Ziena, 1894, p. 65.

- Spencer. — *Ann. Med. Philad.*, 1905, p. 432.
- Stier. — *Die Tuberculose der Mamma und der axillaren lymphdrüsen in ihren Bezshungen zu der geschwulsten der Mamma*. Wurzbourg, 1892.
- Stromberg et Kassaglidoff. — *Roussky Chirurg. Archiv.*, 1909, n° 4.
- Taylor. — *Ann. of Surg.* Philadelphia, 1910. L I. n° 1.
- Thomburn. — *Illustrated Med. News.*, London, 1889, p. 253-255.
- Thurston. — *Indian Medic. Gaz.*, Calcutta, 1904, p. 15.
- Tillaux. — *Sem. Médic.*, 1888.
- *Gaz. Hôpitaux*, Paris, 1890, p. 830.
- Torrey. — *J. Mich. M. Soc.*, Grand Rapids, 1913, p. 372.
- Trelat. — *Sem. Méd.*, Paris, 1895.
- Valude. — *Du traitement des néoplasmes mammaires*, Paris, 1895.
- Velpeau. — *Maladies du sein*, 1894.
- Verchère. — *Th.* Paris, 1884.
- Verneuil et Duret. — *Progrès Médic.*, 1882, X, p. 157.
- Victor. — *Medic. Record*, New-York, 1918, p. 829.
- Vignard et Pasquier. — *Gaz. Médic. de Nantes*, 1912, p. 493.
- Villard. — *Gaz. des hopitaux*, 1894, p. 606-608.
- *Montpellier Médic.*, 1894.
- Virchow. — *Path. des Tumeurs*, Tome III, p. 215.
- Walther. — *Soc. de Chirurgie*, Paris, 1906, p. 1076.
- Walther et Pilliet. — *Soc. Anat.*, Paris, 1895.
- Wannienwenhuyse. — *Journ. des Sc. Médic.*, Lille 1911, p. 21.
- Warden. — *Medic. Record*, New-York, 1898, p. 479.
- Warthin. — *Am. J. of Med. Sc.*, 1899, p. 25, CXVIII.
- Williams. — *British Méd. Journ.*, London 1892, II, p. 576.

Coulommiers.

Imprimerie DESSAINT et C^{ie}.
